

федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности

О.Н. Барканова
«17» _____ 2025 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности:
31.08.37 «Клиническая фармакология»

Квалификация (степень) выпускника: врач – клинический фармаколог

Кафедра: клинической фармакологии и интенсивной терапии

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2024, 2025 годов поступления (актуализированная
редакция)

Волгоград, 2025

Разработчики:

Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
Петров В.И.	заведующий кафедрой	д.м.н./профессор	клинической фармакологии и интенсивной терапии
Шаталова О.В.	профессор	д.м.н., доцент	клинической фармакологии и интенсивной терапии

Фонд оценочных средств для итоговой государственной аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология.

Фонд оценочных средств рассмотрен на заседании кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии, протокол № 4 от 12.05.2025 года

Заведующий кафедрой клинической фармакологии и интенсивной терапии, академик РАН, д.м.н., профессор  В.И.Петров

Рецензенты:

главный внештатный специалист клинический фармаколог ЮФО, к.м.н. М.Ю.Фролов

гл. врач ГУЗ «ГКБСМП № 25», д.м.н. М.В.Королева

Фонд оценочных средств согласован с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от 26.08.2025 года

Председатель УМК



Н.И. Свиридова

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л. Наumenко

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ К ГИА В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.37 КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Фармакокинетика изучает

химические превращения лекарственного препарата в организме

скорость развития, выраженность и продолжительность эффекта препарата

врожденную и приобретенную резистентность к лекарственному препарату

фармацевтическое взаимодействие лекарственных препаратов

Фармакодинамика изучает

совокупность эффектов препаратов (желаемых и побочных) и механизмы их действия

взаимодействие лекарственного препарата с ферментами печени

пути введения лекарственного препарата

фармацевтическое взаимодействие лекарственных препаратов

Одновременное назначение более пяти лекарственных препаратов— это

полипрагмазия

полифармакотерапия

альтернативная терапия

консилиум

Время, за которое концентрация лекарства в плазме крови снижается на 50% – это

период полувыведения лекарств

клиренс ЛП

экскреция ЛП

метаболизм ЛП

Широта терапевтического действия означает

диапазон доз лекарственного препарата между минимальной терапевтической и минимально токсической

отношение концентрации лекарственного препарата в органе или ткани к концентрации его в плазме крови

средняя терапевтическая доза лекарственного препарата

процент несвязанного с белком лекарственного препарата

Селективность действия лекарственного препарата зависит от

дозы

способа приема

связи с белком плазмы крови

периода полувыведения

Никотин приводит к

усилению метаболизма лекарственного препарата в печени

увеличению объема распределения лекарственного препарата

усилению почечной экскреции лекарственного препарата

уменьшению абсорбции лекарственного препарата

Хроническое воздействие алкоголя приводит к

замедлению метаболизма в печени лекарственного препарата

увеличению объема распределения лекарственного препарата

уменьшению периода полувыведения лекарственного препарата
снижению почечной экскреции лекарственного препарата

При почечной недостаточности возникает
замедление элиминации водорастворимых препаратов
ускорение элиминации водорастворимых препаратов
ускорение элиминации жирорастворимых препаратов
уменьшение связывания с белками плазмы

Цирроз печени вызывает
снижение пресистемного метаболизма
уменьшение объема распределения
увеличение периода полувыведения водорастворимых лекарств
увеличение связывания с белками плазмы крови

Часть дозы лекарственного препарата, попадающего в системный кровоток, после внесосудистого введения лекарственного препарата – это

биодоступность
общий клиренс
константа скорости элиминации
объем распределения

Кислоты начинают всасываться в
желудке
полости рта
12-перстной кишке
тонком кишечнике

Дефицит желчных кислот может затруднить всасывание
липофильных препаратов
гидрофильных препаратов
оснований
кислот

Сублингвальный прием лекарственного препарата влияет на
скорость наступления эффекта
скорость элиминации
объем печеночного клиренса препарата
объем почечного клиренса препарата

Гипотетический объем, при равномерном распределении лекарственного препарата необходимый для создания концентрации, равной концентрации в плазме крови – это

объем распределения лекарственного препарата
объем циркулирующей крови
объем циркулирующей плазмы
объем всего организма

100% поступление лекарственного препарата в системный кровоток обеспечивается при введении

внутривенном
внутримышечном
пероральном

ингаляционном

Препараты, связанные с белками плазмы
вызывают более длительный фармакодинамический эффект
вызывают менее выраженный фармакодинамический эффект
быстрее выводятся из организма
реже вызывают нежелательные явления

Качество лекарственного препарата определяет
соответствие заданного состава таковому в серийно произведенном препарате
систематически проводимые мероприятия по безопасности использования
длительность срока хранения без утраты свойств
инструкция по применению

Пролекарство - это препараты, которые активируются
при первичном прохождении через печень
при попадании в тонкий кишечник
связываясь с альбуминами плазмы
при гепатоэнтеральной циркуляции

При назначении комбинированной лекарственной терапии выбирают препараты
с воздействием на различные звенья патогенеза болезни
с одинаковой длительностью действия
с одинаковым воздействием на специфический рецептор
со схожим химическим составом

К препаратам постоянной заместительной терапии относятся
гормоны щитовидной железы
регуляторы тонуса парасимпатической нервной системы
ИАПФ
регуляторы тонуса симпатической нервной системы

Синтез простагландинов угнетают лекарственные препараты, понижая защитные свойства пристеночной слизи желудка
нестероидные противовоспалительные препараты
ферменты поджелудочной железы
блокаторы медленных кальциевых каналов
полиненасыщенные жирные кислоты

Синдром «рикошета» характерен для
β-адреноблокаторов
антибиотиков
диуретиков
сердечных гликозидов

Воспроизведенный препарат (дженерик) признается биоэквивалентным оригинальному при одинаковых параметрах
площади под кривой «концентрация/время» и максимальной концентрации
только фармацевтической идентичности вне зависимости от периода полувыведения
скорости очищения организма от препарата другими путями
всасывания, когда активная субстанция поступает из лекарственной формы в системный кровоток

Под термином «толерантность» понимают
пониженную чувствительность к лекарственному препарату при повторном применении
повышенную чувствительность к лекарственному препарату при повторном применении
адекватный ответ на прием первой дозы лекарственного препарата
исходную (начальную) нечувствительность к лекарственному препарату

Под термином «рефрактерность» понимают
исходную (начальную) нечувствительность к лекарственному препарату
повышенную чувствительность к лекарственному препарату
пониженную чувствительность к лекарственному препарату
адекватный ответ на лекарственный препарат

Под термином «тахифилаксия» понимают
быстро развившееся «привыкание»
адекватный ответ на лекарственный препарат
исходную (начальную) нечувствительность к лекарственному препарату
повышенную чувствительность к лекарственному препарату

Основным механизмом всасывания гидрофильных лекарственных препаратов является
фильтрация
активный транспорт
пассивная диффузия
активная диффузия

Основным механизмом всасывания липофильных лекарственных препаратов является
пассивная диффузия
фильтрация
активный транспорт
активная диффузия

Эффект превращения лекарственного препарата при первом прохождении через печень
—это
метаболизм
распределение
выведение
всасывание

Привыкание, связанное с индукцией микросомальных ферментов печени и ускорением их собственного метаболизма, характерно для
барбитуратов
слабительных растительного происхождения, содержащих антрагликозиды (сенна и др.)
ингаляционных β -адреномиметиков
нитратов

Нежелательная побочная реакция, обусловленная фармакологическими свойствами (прямыми фармакодинамическими эффектами) лекарственного препарата
ульцерогенный эффект нестероидных противовоспалительных препаратов
синдром Лайела
надпочечниковая недостаточность при приеме системных глюкокортикостероидов

крапивница

Равновесная концентрация препарата в организме достигается через время равное

5 периодам полувыведения ($T_{1/2}$)

4 периодам полувыведения ($T_{1/2}$)

3 периодам полувыведения ($T_{1/2}$)

2 периодам полувыведения ($T_{1/2}$)

При снижении моторики желудочно-кишечного тракта всасывание лекарственных препаратов

замедляется

ускоряется

прекращается

не изменяется

Какой изофермент цитохрома P450 участвует в метаболизме более 50% применяемых лекарственных препаратов

CYP3A4

CYP2C19

CYP2D6

CYP1A2

Симптоматическая терапия направлена на

отдельные проявления болезни

устранение причины болезни

предупреждение болезни

отдельные звенья патогенеза

Определение генотипа какого аллельного гена требуется для прогнозирования фармакологического ответа на терапию статинами

SLCO1B1

AGTR2

MDR1

eNOS

Термином «аффинитет» обозначают

прочность связи лекарственных препаратов с рецепторами

способность лекарственных препаратов повышать чувствительность рецепторов

снижение чувствительности рецепторов в результате продолжительного воздействия агонистов

изменение физиологических функций в результате взаимодействия лекарственных препаратов с рецепторами

Для определения алгоритма дозирования варфарина проводится выявление полиморфизма аллельного гена

CYP2C9

SLCO1B1

CYP3A4

eNOS

К какому виду рандомизированных клинических исследований относятся фармакоэпидемиологические исследования

экспериментальным
аналитическим
обсервационным
описательным

Прямые медицинские расходы включают

все издержки, понесенные системой здравоохранения

экономический ущерб от снижения производительности на месте работы пациентов
экономические потери от преждевременного наступления смерти
издержки на производстве родственников, навещающих больных

Анализ минимизации затрат позволяет

сравнить альтернативные технологии, выбирая наиболее дешевые

изучить прямые влияния на клиническую картину заболевания
изучить динамику показателей здоровья граждан Российской Федерации
рассчитать показатели качества жизни пациента с хроническими заболеваниями

Анализ «затраты-эффективность» это - вид клинико-экономической оценки, при котором проводят

сравнение двух или более медицинских вмешательств различной степени эффективности и преследуется одна и та же лечебная цель

одно медицинское вмешательство и преследуется одна цель

одно медицинское вмешательство и при этом преследуются несколько различных целей

сравнение двух или более медицинских вмешательств различной степени эффективности и преследуются разные цели

Первичные «конечные точки» в клинических исследованиях – это показатели, которые

связаны с увеличением продолжительности жизни больного

отражают улучшение качества жизни пациента

связаны с возможностью профилактики заболевания

связаны с сопутствующей патологией у пациента

В клинических исследованиях первой фазы тестируется

безопасность препарата

использование препарата в реальной практике

влияние препарата на ход заболевания

эффективная доза препарата

Исследования случай-контроль или когортные исследования относят к уровню доказательности

III

II

IV

I

Предпочтение при назначении лекарственных препаратов отдают препаратам с уровнем доказательности

I (A)

II (B)

III (C)

IV (D)

Третичные «конечные точки» в клинических исследованиях— это показатели **связанные с возможностью профилактики заболевания** связанные с увеличением продолжительности жизни больного отражающие улучшение качества жизни пациента связанные с сопутствующей патологией у пациента

Установление фармакологических свойств лекарственного препарата, фармакокинетических и фармакодинамических показателей, потенциальной эффективности, определение токсичности, проводимое на животных —это цель проведения **доклинических исследований**
первой фазы клинических исследований
второй фазы клинических исследований
третьей фазы клинических исследований

Наиболее безопасно назначение препаратов при беременности категории

- A
- B
- C
- D

Вторичные «конечные точки» в клинических исследованиях —это показатели **отражающие улучшение качества жизни пациента** отражающие увеличение продолжительности жизни больного связанные с возможностью профилактики заболевания связанные с сопутствующей патологией у пациента

Плацебо —это **безвредное индифферентное вещество, назначаемого под видом лекарства** название препарата для лечения сопутствующих (конкурирующих) заболеваний у пациента при проведении клинического исследования
наименование исследуемого препарата
метод лечения, традиционно применяемый для данного заболевания

Что тестируется в клинических исследованиях второй фазы **эффективность и безопасность препарата у пациентов с конкретным заболеванием**
использование лекарственного препарата в реальной практике
различные способы введения препарата у пациентов с конкретным заболеванием
эффективная доза лекарственного препарата при различных патологиях

С точки зрения доказательной медицины наибольшей доказательностью обладает **рандомизированное плацебо-контролируемое исследование**
систематический обзор
двойное слепое рандомизированное исследование с перекрестным дизайном
систематический обзор с мета-анализом

Международная некоммерческая организация, изучающая эффективность медицинских технологий путём критической оценки, анализа и синтеза результатов научных исследований по строгой систематизированной методологии

Кокрейновское сообщество

Российская ассоциация народной медицины

Российское кардиологическое общество
Эриксоновское сообщество

При проведении фармакоэкономического анализа критериями оценки проводимого лечения не является

информация об использовании его в реальной практике

прямые и непрямые медицинские затраты

непрямые и нематериальные затраты

его эффективность и безопасность

ABC анализ

метод распределения медицинских технологий по доле затрат на каждую использованную технологию в общей структуре расходов медицинской организации

изучение использования и эффектов ЛП у большого количества людей

позволяет определить приоритетные группы ЛП в соответствии с делением на три категории

способ изучения различных объектов, процессов и явлений, основанный на использовании математических моделей в фармакоэкономике

VEN-анализ позволяет оценить

целесообразность расходования ресурсов путем разделения всех использованных технологий на три категории

структуру понесенных затрат и выделить наиболее затратные направления расходов
реальные данные медицинской документации, необходимые для проведения клинико-экономических расчетов

все затраты, связанные с разными заболеваниями в рамках одной медицинской организации

Нематериальная стоимость представляет собой

эмоциональные, психологические последствия заболевания

экономические потери на месте работы пациента

стоимость оборудования и амортизация помещений

экономические потери на месте работы родственников, навещающих пациента

Лекарственный препарат из группы природных пенициллинов

феноксиметилпенициллин

пиперациллин

амоксициллин

тикарциллин

Лекарственный препарат из группы пенициллинов, обладающих антисинегнойной активностью

пиперациллин

ампициллин

амоксициллин

оксациллин

Лекарственный препарат из группы цефалоспоринов 2 поколения

цефуроксим

цефтриаксон

цефепим

цефазолин

Какой лекарственный препарат относится к ингибиторам бета-лактамаз

клавулановая кислота

налидиксовая кислота

фузидовая кислота

оксолиновая кислота

Механизм действия бета-лактамных лекарственных препаратов заключается в

нарушении синтеза клеточной стенки бактерий

нарушении синтеза рибосомального белка

угнетении синтеза ДНК-гиразы

ингибировании синтеза предшественников пурин-пиримидиновых оснований

Лекарственный препарат, который выводится преимущественно с желчью

цефоперазон

ампициллин

ципрофлоксацин

цефуроксим

Какой лекарственный препарат из группы цефалоспоринов обладает активностью в отношении MRSA

цефтаролин

цефтриаксон

цефазолин

цефиксим

К группе аминогликозидов относится

гентамицин

ципрофлоксацин

клиндамицин

левофлоксацин

Выберите лекарственный препарат из группы карбапенемов

эртапенем

тикарциллин

цефепим

азтреонам

Лекарственный препарат из группы карбапенемов, обладающий антисинегнойной активностью

меропенем

цефоперазон

цефепим

ампициллин

Лекарственный препарат из группы цефалоспоринов, обладающий антисинегнойной активностью

цефтазидим

цефотаксим

цефазолин

цефутоксим

Лекарственный препарат из группы природных пенициллинов пролонгированного действия

бензатин-бензилпенициллин

пиперациллин

амоксициллин

феноксиметилпенициллин

Какой лекарственный препарат из группы фторхинолонов имеет активность в отношении пневмококков («респираторный фторхинолон»)

левофлоксацин

ципрофлоксацин

норфлоксацин

офлоксацин

Лекарственный препарат из группы фторхинолонов, обладающий антисинегнойной активностью

ципрофлоксацин

норфлоксацин

моксифлоксацин

ломефлоксацин

Лекарственный препарат из группы оксазолидинонов

линезолид

пиперациллин

амоксициллин

цефалексин

Какой лекарственный препарат является гликопептидом

ванкомицин

пиперациллин

имипенем

азтреонам

Лекарственный препарат, относящийся к группе линкозамидов

клиндамицин

азтреонам

амикацин

цефотаксим

Лекарственный препарат из группы тетрациклинов

доксциклин

цефалексин

ампициллин

феноксиметилпенициллин

Лекарственный препарат из группы циклических липопептидов

даптомицин

цефтаролин

ванкомицин

цефдиторен

Какой лекарственный препарат обладает наибольшей активностью в отношении анаэробов

меропенем

цефтриаксон

амоксциллин

пиперациллин

Активностью в отношении пневмоцист обладает

сульфаметоксазол/триметоприм

амоксциллин/клавулановая кислота

фосфомицина трометамол

цефуроксим аксетил

16-членным макролидом является

джозамицин

klarитромицин

азитромицин

рокситромицин

Какой лекарственный препарат активен в отношении штаммов кишечной палочки – продуцентов бета-лактамаз расширенного спектра

имипенем

цефдиторен

ванкомицин

цефтриаксон

Монобактамом является

азтреонам

цефдиторен

амикацин

тобрамицин

Лекарственный препарат из группы цефалоспоринов III поколения для перорального применения

цефиксим

цефадроксил

цефуроксим

цефалексин

Лекарственный препарат – родоначальник группы хинолонов

налидиксовая кислота

сульбактам

азтреонам

клавулановая кислота

Побочный эффект, возникающий при применении цефалоспоринов I поколения

нефротоксичность

хондротоксичность

гепатотоксичность

нервно-мышечный блок

Лекарственный препарат из группы цефалоспоринов, сочетающий активность в отношении пневмококка и синегнойной палочки

цефепим

цефдиторен
цефуроксим
цефоперазон

Что можно рекомендовать для периоперационной профилактики в абдоминальной хирургии

амоксциллин/клавулановая кислота

метронидазол
бензилпенициллин
амикацин

Лекарственный препарат с активностью в отношении внутриклеточных возбудителей и возможностью приема 1 раз в сутки

доксциклин

цефиксим
ванкомицин
эритромицин

Лекарственный препарат из группы карбапенемов с возможностью применения 1 раз в сутки

эртапенем

меропенем
дорипенем
имипенем

Лекарственный препарат, который обладает побочными эффектами: дисколорацией (окрашивание, пигментация) зубной эмали, гепатотоксичностью и имеет ограничение по применению у детей до 8 лет

доксциклин

метронидазол
ванкомицин
нетилмицин

Схема распределения цефалоспоринов по поколениям (цефепим – цефазолин – цефуроксим – цефтазидим)

IV – I – II – III

IV – III – I – II

II – III – I – IV

I – II – IV – III

Лекарственный препарат, применение которого возможно при беременности

фосфомицина триметамол

тетрациклин
нитрофурантоин
ципрофлоксацин

Лекарственный препарат с узким спектром действия (в основном грам-положительная флора)

ванкомицин

имипенем
цефтриаксон
цефепим

Лекарственный препарат с узким спектром действия (в основном грам-отрицательная флора)

азтреонам
цефтаролин
ванкомицин
цефазолин

Лекарственный препарат с широким спектром действия (грам-положительная и грам-отрицательная флора)

цефепим
цефтаролин
ванкомицин
тобрамицин

Лекарственный препарат из группы ингибитор-защищенных бета-лактамов, который обладает активностью в отношении *Stenotrophomonas maltophilia*

тикарциллин/клавулановая кислота
цефоперазон/сульбактам
ампициллин/сульбактам
пиперациллин/тазобактам

Лекарственный препарат из группы ингибитор-защищенных бета-лактамов, обладающий активностью в отношении синегнойной палочки

пиперациллин/сульбактам
ампициллин/сульбактам
амоксициллин/сульбактам
амоксициллин/клавулановая кислота

Лекарственный препарат, который может вызвать миопатию при совместном использовании со статинами

даптомицин
цефтаролин
ванкомицин
цефдиторен

Развитие пневмопатии возможно при длительном применении

нитрофурантоина
мупиरोцина
ванкомицина
фосфомицина

При применении какого лекарственного препарата происходит изменение цвета мочи, пота, слез до красно-бурого

рифампицина
гatifлоксацина
цефтриаксона
кларитрмицина

При применении какого лекарственного препарата вместе с алкоголем возможна дисульфирам – подобная реакция

метронидазола

цефтаролина

амоксцициллина

тобрамицина

Лекарственный препарат, не рекомендуемый у детей до 14 лет

ципрофлоксацин

азитромицин

амоксцициллин

цефтриаксон

При применении какого лекарственного препарата возможно развитие синдрома «красной шеи» («красного человека»)

ванкомицина

цефиксима

амикацина

ампициллина

Риск развития *clostridium difficile* – индуцированной диареи связан с применением

цефалоспоринов

макролидов

аминогликозидов

нитроимидазолов

Риск развития мотилино-подобного эффекта (боль в животе, тошнота, рвота, диарея) связан с использованием

макролидов

цефалоспоринов

аминогликозидов

нитроимидазолов

Риск развития ототоксичности и нефротоксичности может быть связан с применением

аминогликозидов

цефалоспоринов

макролидов

нитроимидазолов

Удлинения интервала QT возможно при применении

фторхинолонов

карбапенемов

аминогликозидов

сульфаниламидов

Назначение препаратов из группы тетрациклинов возможно при всех состояниях, кроме

стафилококковой пневмонии

риккетсиоза

холеры

хламидиоза

Больным с невритом слухового нерва противопоказан

гентамицин
ципрофлоксацин
эритромицин
цефтриаксон

Какой побочный эффект не характерен для группы аминогликозидов

аллергические реакции

ототоксичность
нефротоксичность
нервно-мышечный блок

Уровень резистентности пиогенного стрептококка к природным пенициллинам

0%
10%
30%
65%

У больных, имеющих в анамнезе аллергию немедленного типа на пенициллин, опасно назначение

цефазолина
азитромицина
тетрациклина
ципрофлоксацина

Препарат выбора для лечения инфекции, вызванной *candida albicans*

флюконазол
феноксиметилпенициллин
фосфомицин
фоскарнет

Для лечения инфекции, вызванной *listeria monocytogenes* препаратом выбора является

ампицилин
ацикловир
амфотерицин
азитромицин

Препараты выбора для лечения инфекции, вызванной *mycoplasma pneumoniae*

макролиды
пенициллины
аминогликозиды
монобактамы

Для лечения инфекции, вызванной *bacteroides fragilis* препаратом выбора является

метронидазол
амикацин
ципрофлоксацин
цефепим

Препарат выбора для лечения инфекции, вызванной *clostridium difficile*

метронидазол
гентамицин
левофлоксацин

меропенем

Лекарственный препарат, имеющий категорию «в» для лечения при беременности по оценке FDA

фосфомицин

klaritromitsin

tinidazol

levofloxacin

Доксициклин в отличие от тетрациклина

может применяться при почечной недостаточности

имеет менее длительный период полувыведения

должен назначаться с большей кратностью

лучше проникает через гемато-энцефалический барьер

Для лечения тяжелой внебольничной пневмонии у госпитализированных пациентов (без дополнительных факторов риска) используется сочетание

цефтриаксон + азитромицин

ампициллин + эритромицин

флюконазол + меропенем

ципрофлоксацин + хлорамфеникол

Для лечения нетяжелой внебольничной пневмонии у амбулаторных пациентов (без дополнительных факторов риска) используется

амоксиклав

ципрофлоксацин

цефиксим

линкомицин

Назначение каких лекарственных препаратов требует мониторинга концентрации в крови

аминогликозидов

линкозамидов

монобактамов

цефалоспоринов

Не требуется коррекции дозы у пациентов с почечной недостаточностью при приеме

тигеклицина

амикацина

ванкомицина

цефепима

Назначение амфотерицина в показано при

инвазивном микозе

дерматомикозе

хламидиозе

риккетсиозе

Комбинация лекарственных препаратов, рекомендуемая для лечения нетяжелой внебольничной пневмонии у госпитализированных пациентов

аминопенициллины +/- макролиды

оксазолилпенициллины +/- цефалоспорины

аминопенициллины +/- аминогликозиды
фторхинолоны +/- макролиды

Прием какого лекарственного препарата рекомендуется за 1 час до еды

азитромицина

цефдиторена

линезолида

амоксцициллина

Ремантадин показан для

лечения и профилактики гриппа, вызванного вирусом А

лечения и профилактики гриппа, вызванного вирусами А и В

лечения гриппа, вызванного вирусом В

лечения гриппа, вызванного вирусами А и В

Назначение ацикловира показано при

инфекциях, вызванных вирусом простого герпеса

цитомегаловирусной инфекции

гриппе

вирусном гепатите В

Назначение линезолида показано при

инфекциях, вызванных MRSA

синегнойной инфекции

уреаплазмозе

сифилисе

Характеристика рифампицина

активность против M.tuberculosis

усиление эффекта теофиллина

активность против P.aeruginosa

ингибирование цитохрома Р-450

Схема лечения для пациента с тяжелой внебольничной пневмонией, имеющего факторы риска инфицирования синегнойной палочкой

пиперациллин/тазобактам + левофлоксацин

ампициллин/сульбактам + ванкомицин + азитромицин

цефтриаксон + ванкомицин + азитромицин

оксациллин + метронидазол + ванкомицин

Лекарственный препарат наиболее безопасный у беременных

амоксциллин

ципрофлоксацин

тетрациклин

гентамицин

Лекарственный препарат для лечения неосложненной формы острого цистита, применяемый в режиме одной дозы

фосфомицина трометамол

ципрофлоксацин

амоксциллин

норфлоксацин

Пациенту с аллергией на пеницилины можно назначить

амоксциллин

цефазолин

цефуроксим

Лекарственный препарат, который применяется при лечении внебольничной пневмонии и язвенной болезни

амоксциллин

цефтриаксон

цефепим

линезолид

Эмпирическая антимикробная терапия – это назначение антимикробных лекарственных препаратов

с учетом наиболее вероятных возбудителей инфекции

против установленного возбудителя инфекции

с учетом предполагаемой чувствительности возбудителя инфекции

широкого спектра для уменьшения побочных реакций

Лекарственный препарат, стандартный режим дозирования при лечении нетяжелой внебольничной пневмонии у взрослых амбулаторных пациентов в режиме коротких курсов

азитромицин

гемифлоксацин

цефиксим

цефуроксим

Лекарственный препарат, который рекомендуется для смены варианта лечения при неэффективности начального режима антибактериальной терапии (амоксциллин внутрь) у детей без факторов риска при нетяжелой внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях

джозамицин

левофлоксацин

цефтибутен

гентамицин

При приеме амлодипина у пациента появились периферические отеки. Рационально будет

назначить комбинацию амлодипин + блокатор ангиотензиновых рецепторов

отменить амлодипин и назначить мочегонное

назначить комбинацию амлодипин + мочегонное

назначить комбинацию амлодипин + бета-адреноблокатор

Замедление прогрессирования атеросклероза возможно при приеме

амлодипина

бисопролола

нитросорбида

гидрохлортиазида

Для лечения артериальной гипертензии в период беременности можно использовать **метилдопа, нифедипин длительного действия, небиволол**

амлодипин, эналаприл, метопрололсукцинат, бисопролол, гидрохлоротиазид
метилдопа, эналаприл, валсартан, нифедипин
амлодипин, нифедипин длительного действия, лозартан, валсартан

Препаратами, не улучшающими прогноз при ХСН, являются

нитраты

ингибиторы АПФ

бета-блокаторы

антагонисты альдостерона

При лечении стабильной ибс рекомендуется назначать ацетилсалициловую кислоту в дозе

75- 100 мг в сутки

125-150 мг в сутки

300-325 мг в сутки

325-500 мг в сутки

Препарат первого выбора для проведения антитромботической терапии пациентов с фибрилляцией предсердий

варфарин

ацетилсалициловая кислота

клопидогрел

фениндион

Если пациенту для снижения артериального давления назначены амлодипин и метопролол, эта комбинация

рациональная

возможная

нерациональная

запрещенная

Если пациенту для снижения артериального давления назначены дилтиазем и метопролол, эта комбинация

возможная

рациональная

нерациональная

запрещенная

Антикоагулянт, ингибирующий фактор ха,хорошо адсорбирующийся в кишечнике

ривароксабан

эноксопарин

варфарин

гепарин

Для медикаментозной терапии у пожилых больных с систоло-диастолической артериальной гипертензией препаратами первого выбора являются

тиазидные диуретики, дигидропиридиновые антагонисты кальция и блокаторы рецепторов ангиотензина

бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина

ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина, препараты центрального действия

тиазидные диуретики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, альфа-адреноблокаторы

Для лечения артериальной гипертензии у больных с метаболическим синдромом препаратами первого выбора являются

ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина

бета-блокаторы, тиазидные диуретики

бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

тиазидные диуретики, дигидропиридиновые антагонисты кальция

Основное место фармакологического действия всех статинов

печень

эндотелий

миокард

почки

При лечении статинами рекомендуется проверять ферменты крови (АЛТ и АСТ)

1 раз в 3 месяца

1 раз в 6 месяцев

1 раз в 1 месяц

1 раз в 12 месяцев

Критерий отмены статинов

АСТ, АЛТ ≥ 3 верхних границ нормы

АСТ, АЛТ ≤ 3 верхних границ нормы

АСТ, АЛТ ≥ 3 нижних границ нормы

АСТ, АЛТ ≤ 3 нижних границ нормы

Для лечения стабильной стенокардии используют препараты

бета – адреноблокаторы

сердечные гликозиды

диуретики

альфа-адреноблокаторы

Особую осторожность при назначении статинов необходимо соблюдать у больных, принимающих

макролиды

бета-лактамы

тетрациклины

фторхинолоны

Одной из основных групп препаратов для лечения артериальной гипертензии являются

бета-адреноблокаторы

антиагреганты

нитраты

антикоагулянты

Дериваты фиброевой кислоты (фибраты) преимущественно

снижают уровень триглицеридов

снижают уровень ЛПНП

снижают уровень ЛПВП

снижают уровень общего холестерина

Для минимизации побочных эффектов никотиновой кислоты рекомендуется применять
аспирин за 30 мин до приема никотиновой кислоты
блокаторы гистаминовых рецепторов 2 поколения 1 раз в день
антациды за 30 мин до приема никотиновой кислоты
парацетамол на ночь

Побочное действие нитроглицерина

головная боль
сухой кашель
нефротоксичность
тошнота

Омега -3 полиненасыщенные жирные кислоты преимущественно снижают уровень
триглицеридов
ЛПНП
ЛПВП
общего холестерина

Титрование дозы ингибитора апф при хронической сердечной недостаточности с нормальным артериальным давлением проводится путем постепенного увеличения дозы препарата до оптимальной

не чаще одного раза в 2–3 дня
ежедневно
один раз в неделю
один раз в 14 дней

Сухой кашель как побочный эффект реже других ингибиторов апф вызывает

фозиноприл
эналаприл
каптоприл
лизиноприл

Основная идея применения бета-адреноблокаторов в лечении больных хронической сердечной недостаточностью

улучшение прогноза и снижение смертности
симптоматическая терапия и повышение качества жизни
коррекция побочных эффектов основного лечения
профилактика нарушений сердечного ритма

Основная цель назначения антагонистов альдостерона при хронической сердечной недостаточности

уменьшение ремоделирования миокарда
уменьшение периферических отеков
контроль артериального давления
снижение риска отека легких

Препарат с доказательной базой эффективности для профилактики венозных тромбозов

дабигатран
ацетилсалициловая кислота

клопидогрел
эдоксабан

Какой диуретик может вызвать развитие гинекомастии и гирсутизма

спиронолактон
фуросемид
индапамид
торасемид

Группа лекарственных препаратов, которая обязательно должна назначаться у пациентов с хронической сердечной недостаточностью

ингибиторы АПФ
нитраты
антиагреганты
антагонисты кальция

Пациенту с хронической сердечной недостаточностью и инсулиннезависимым сахарным диабетом препаратом выбора является

метопролол сукцинат
атенолол
пропранолол
метопролол тартрат

Наиболее эффективное мочегонное в борьбе с отеками у пациента с хронической сердечной недостаточностью

торасемид
индапамид
этакриновая кислота
гидрохлоротиазид

Побочную реакцию в виде отека лодыжек вызывает

нифедипин
верапамил
пропранолол
нитросорбид

Ортостатическая гипотония наблюдается при передозировке

дигидропиридины
бета-адреномиметиков
альфа-адреномиметиков
прямых антикоагулянтов

Ингибиторы АПФ абсолютно противопоказаны при

беременности
хроническом пиелонефрите
остром инфаркте миокарда
сахарном диабете 2 типа

Для лечения гипертонического криза при феохромоцитоме следует назначить

фентоламин
клонидин
азаметония бромид

нифедипин

Неселективные бета-блокаторы вызывают

синдром отмены

синдром обкрадывания

бронходилатацию

тахикардию

Препарат, механизм гипотензивного действия которого связан с прямым эффектом уменьшения общего периферического сопротивления

нифедипин

фуросемид

клонидин

доксазозин

Неселективный бета-блокатор

пропранолол

бисопролол

метопролол

атенолол

Альтернативой при кашле на ингибиторы АПФ является

валсартан

каптоприл

лизиноприл

периндоприл

Головную боль чаще может вызвать прием

нитратов

бета-блокаторов

альфа-блокаторов

бета-миметиков

Препарат выбора для снижения артериального давления у беременных

метилдопа

лозартан

эналаприл

гидрохлортиазид

Лекарственный препарат, который целесообразно применять при неосложненном гипертоническом кризе

каптоприл сублингвально

папаверин парентерально

магния сульфат парентерально

клонидин внутрь

Укажите антикоагулянт, ингибирующий Ха фактор

ривароксабан

эноксапарин

варфарин

гепарин

При каком осложнении гипертонического криза целесообразно назначение магния сульфата

эклампсии у беременных

остром инфаркте миокарда

феохромоцитозе

остром расслоении аорты

Не уменьшают активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы

антагонисты кальция

бета-блокаторы

ингибиторы альдостерона

ингибиторы АПФ

Лекарственный препарат, которому не свойственен антиаритмический эффект

амлодипин

пропафенон

пропранолол

аймалин

Оптимальный лекарственный препарат для длительной гипотензивной терапии должен

иметь стабильную концентрацию в крови

иметь рикошетные реакции

обладать синдромом отмены

влиять на обмен веществ

Диуретик для лечения отека легких

фуросемид

гидрохлоротиазид

гидрохлоротиазид+триамтерен

спиронолактон

Основной терапевтический эффект нитросорбида у больных с сердечной недостаточностью

расширение венозных сосудов и снижение преднагрузки

расширение преимущественно артериол и снижение постнагрузки

прямое положительное инотропное действие

повышение диуреза и снижение преднагрузки

Группа препаратов с узким терапевтическим индексом

бета-блокаторы

пенициллины

ингибиторы АПФ

петлевые диуретики

При стенокардии Prinzmetal (вазоспастической) показан

амлодипин

пропранолол

дипиридамол

каптоприл

Укажите лекарственный препарат, механизмом гипотензивного действия которого является блокада альфа-рецепторов

празозин
клонидин
пропранолол
каптоприл

Препарат, который может спровоцировать приступ предсердной тахикардии при синдроме WPW

верапамил
амиодарон
прокаинамид
соталол

Лекарственные препараты, применяемые для купирования приступа стенокардии

нитраты
ингибиторы АПФ
антикоагулянты
антигипоксанты

Группа препаратов, комбинация которых с ингибиторами АПФ не оправдана

калийсберегающие диуретики
нитраты
петлевые диуретики
антагонисты кальция

Гипотензивный препарат, который необходимо с осторожностью применять при сочетании сахарного диабета и гипертонической болезни

гидрохлортиазид
дилтиазем
лозартан
эналаприл

Прямой положительный инотропный эффект не обладает

атропин
дигоксин
норэпинефрин
допамин

Какой препарат не является антиаритмиком I класса

пропранолол
этакизин
пропафенон
этмозин

Показание к лечению антиаритмическими препаратами

аритмия, с нарушениями гемодинамики
нарушение ритма невысоких градаций (по классификации Лауна)
редкая предсердная экстрасистолия
синусовая брадикардия

Неверное утверждение «фуросемид -

задерживает калий
увеличивает диурез

увеличивает экскрецию хлора и натрия
расширяет венулы

Развитие асистолии возможно при комбинации пропранолола с
верапамилом
фуросемидом
фенитоином
каптоприлом

Препарат, оказывающий органопротективный эффект и повышающий выживаемость
больных с тяжелой сердечной недостаточностью

периндоприл
верапамил
нитросорбид
гидралазин

Нежелательный эффект, характерный для верапамила

брадикардия
гипергликемия
тахикардия
бронхоспазм

В каких случаях необходимо провести коррекцию доз лидокаина

у пациентов с печеночной недостаточностью

у пациентов с гипоальбуминемией
при гликозидной интоксикации
у пациентов с хронической почечной недостаточностью

При длительном применении амиодарона может возникнуть

базальный легочный фиброз

гиперкалиемия
гипернатриемия
нарушение коронарного кровообращения

Антиаритмики I класса являются по механизму действия

блокаторами натриевых каналов

блокаторами быстрых кальциевых каналов
блокаторами хлорных каналов
блокаторами калиевых каналов

Лекарственный препарат, который не является антиаритмиком II класса

аллапинин
пропранолол
карведилол
метопролол

Противопоказаниям к применению бета-блокаторов не является

хроническая печеночная недостаточность

синдром слабости синусового узла
АВ-блокады II-III степени
бронхиальная астма тяжелого течения

Бета-блокатор, удлиняющий потенциал действия рабочих кардиомиоцитов

соталол

метопролол

пиндолол

атенолол

Удлинение интервала QT на ЭКГ не вызывают

ингибиторы АПФ

антиаритмики I C класса

антидепрессанты

антиаритмики I A класса

Свойствами неселективного β – блокатора и антиаритмика III класса обладает

соталол

амиодарон

метопролол

атенолол

Какое сочетание антиаритмиков является недопустимым ввиду высокой вероятности остановки сердца

антиаритмики III класса и антагонисты кальция

антиаритмики IV класса и β – блокаторы

антиаритмики IA класса и β – блокаторы

антиаритмики III класса и IA класса

При назначении, какого антиаритмика больному с хронической почечной недостаточностью необходимо провести коррекцию доз

дигоксина

метопролола

мексилетина

новокаинамида

Какой побочный эффект чаще всего возникает на прием ингибиторов АПФ

сухой кашель

отек голеней и стоп

гипергликемия

артериальная гипертензия

Ингибитор АПФ содержащий в своей структуре SH-группу

каптоприл

фозиноприл

трандолаприл

эналаприл

Системный тромболизис наиболее эффективен в период

первых 5-6 часов с момента возникновения инфаркта миокарда

первых 12 часов с момента возникновения инфаркта

первых 24 часов с момента возникновения инфаркта

в острую стадию инфаркта независимо от времени его возникновения

У больного со стенокардией в сочетании с артериальной гипертензией имеют преимущество лекарственные препараты

бета - адреноблокаторы

нитровазодилататоры

альфа - адреноблокаторы

агонисты имидазолиновых рецепторов

Последствие введения бета-блокаторов во время беременности у новорожденных

гипотрофия плаценты и плода

поражение кожных покровов

преждевременное закрытие Баталлова протока

потеря слуха

Антигипертензивный препарат, увеличивающий активность симпато – адреналовой системы

нифедипин

каптоприл

клонидин

метопролол

Диуретик для длительной терапии артериальной гипертензии

индапамид

фуросемид

маннитол

спиронолактон

Показания для назначения амлодипина при ХСН

неконтролируемые цифры артериального давления

застойная сердечная недостаточность

инфаркт миокарда в анамнезе

нарушения сердечного ритма

Для купирования приступа бронхиальной астмы рекомендуется использовать

сальбутамол

сальметерол

индакатерол

беклометазон

Нежелательный побочный эффект, который может возникнуть при применении антагонистов лейкотриеновых рецепторов (зафирлукаст)

гепатотоксическое действие

нефротоксическое действие

возникновение бронхообструкции

ульцерогенное действие

Ингаляционный бронхолитик с минимальным влиянием на сердечно-сосудистую систему

ипратропия бромид

фенотерол

сальбутамол

орципреналин

Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) при ХОБЛ снижают выраженность симптомов и частоту обострений, при этом

не влияя на смертность и постепенное снижение ОФВ1

снижают смертность, но не предупреждают постепенное снижение ОФВ1

не снижают смертность, но предупреждают постепенное снижение ОФВ1

снижают смертность, предупреждают постепенное снижение ОФВ1

Ингаляционный глюкокортикостероид с наименьшей биодоступностью

флутиказона пропионат

флунизолид

будесонид

триамцинолона ацетомид

К препаратам, влияющим на лейкотриеновые рецепторы, относится

монтелукаст

сальметерол

беклометазон

теофиллин

К длительнодействующим М-холинолитикам относится

тиотропия бромид

сальбутамол

формотерол

ипратропия бромид

К короткодействующим М-холинолитикам относится

ипратропия бромид

сальбутамол

формотерол

фенотерол

Для купирования приступа бронхиальной астмы применяется

сальбутамол

кетотифен

кромоглициевая кислота

сальметерол

К мембраностабилизатором для приема внутрь относится

кетотифен

бекламетазон

сальбутамол

формотерол

М-холинолитик ультрадлительного действия

гликопиррония бромид

ипратропия бромид

сальметерол

индакатерол

Препаратом с узким терапевтическим индексом является

теофиллин

сальбутамол

беклометазона дипропионат

тиотропия бромид

Концентрация теофиллина в крови повышается при одновременном приеме с
эритромицином
рифампицином
амлодипином
фосфалюгелем

Концентрация теофиллина в крови снижается при одновременном приеме с
фенобарбиталом
пекфлоксацином
эритромицином
варфарином

Теофиллин повышает риск развития побочных эффектов
глюкокортикоидов
бета-2 агонистов
диуретиков
антидиарейных средств

К антигистаминным препаратам II поколения относится
лоратадин
клемастин
дифенгидрамин
хлоропирамин

Дозированный ингалятор отличается от порошкового
способом инициации потока лекарственных частиц
скоростью потока лекарственных частиц
размером лекарственных частиц
простотой использования

Антагонисты лейкотриенов используются
при аспириновой астме и как дополнение к ингаляционным стероидам
как монотерапия при обострении легкой астмы
в терапии обострений любых вариантов бронхиальной астмы
в терапии тяжелой бронхиальной астмы при отсутствии эффекта от ингаляционных
стероидов

Средняя терапевтическая суточная доза беклометазона дипропионата для лечения
бронхиальной астмы составляет
800 мкг
1000 мкг
400 мкг
1200 мкг

Глюкокортикоидом с минимальной системной биодоступностью является
флутиказона пропионат
дексаметазон
беклометазона дипропионат
преднизолон

Схема приема таблетированных глюкокортикоидов при бронхиальной астме

2/3 дозы утром +1/3 до обеда

1/3 дозы утром + 2/3 после обеда

3 раза в день, в равных дозах

1/2 дозы утром +1/2 вечером

Схема приема ингаляционных глюкокортикоидов при бронхиальной астме

1—2 — 3 раза в день в равных дозах

2/3 дозы утром + 1/3 в обед

1/3 дозы утром + 2/3 в обед

однократный прием в течение суток

Предпочтение при купировании бронхоспазма у пожилых людей имеет

ипратропия бромид

фенотерол

теофиллин

сальбутамол

Глюкокортикоидом длительного клинического действия (> 36 часов) является

дексаметазон

гидрокортизон

преднизолон

метилпреднизолон

Базисным препаратом в лечении ХОБЛ является

будесонид

теофиллин

аспирин

амброксол

Наиболее выраженный эффект от применения кромогликата натрия наблюдается при **атопической бронхиальной астме легкого эпизодического и легкого персистирующего течения**

любой форме бронхиальной астмы легкого эпизодического течения

атопической бронхиальной астме независимо от тяжести течения

при любых обострениях бронхиальной астмы

Недокромил натрия оказывает эффект при бронхиальной астме за счет

ингибирования выхода медиаторов из клеток воспаления

дилатации бронхов

муколитического действия

антигистаминного действия

Риск госпитализации у больного с обострением ХОБЛ при терапии системными кортикостероидами

повышается

уменьшается

остается прежним

зависит от возраста пациента

Фенотерол оказывает

бронходилатирующее действие

противовоспалительное действие на слизистую бронхов

муколитическое действие
антигистаминное действие

Ипратропия бромид оказывает
прямое бронходилатирующее действие
противоаллергическое действие
адреномиметическое действие
антигистаминное действие

Синдром бронхиальной обструкции может возникнуть при применении
пропранолола
дилтиазема
амлодипина
гидрохлоротиазида

Основным эффектом теофиллина является
дилатация бронхов
снижение секреции бронхиальной слизи
противоаллергическое действие
адреномиметическое действие

Основным механизмом действия сальбутамола является
стимуляция β -рецепторов
снижение тонуса вагуса
блокада α -рецепторов
блокада гистаминовых рецепторов

β_2 -агонисты длительного действия показаны
при тяжелой бронхиальной астме
любой форме бронхиальной астмы легкого персистирующего течения
в качестве монотерапии при ХОБЛ
при атопической бронхиальной астме легкого эпизодического течения

Тиотропия бромид - это
высокоселективный антихолинергический препарат длительного действия
 β_2 -агонист длительного действия
комбинированный препарат
антихолинергический препарат короткого действия

Беродуал – это
комбинация адреномиметика и холинолитика
холинолитик
адреномиметик
комбинация глюкокортикоида и адреномиметика

Больному стенокардией напряжения, страдающему ХОБЛ и гипертонической болезнью, следует назначить
амлодипин
пропранолол
метопролол
небиволол

К β_2 -агонистам короткого действия относится

сальбутамол

сальметерол

тиотропия бромид

динатрия кромогликат

К β_2 -агонистам длительного действия относится

сальметерол

сальбутамол

тиотропия бромид

динатрия кромогликат

К стабилизаторам мембран тучных клеток относится

динатрия кромогликат

сальбутамол

фенотерол

тиотропия бромид

К ингаляционным кортикостероидам относится

флутиказона дипропионат

сальбутамол

теофиллин

тиотропия бромид

Терапевтический эффект кетотифена при аллергическом рините обусловлен

стабилизацией мембран тучных клеток

бронходилатирующим действием

сосудосуживающим действием

стероидоподобным действием

Ухудшить состояние больного с аспириновой формой бронхиальной астмы может

диклофенак натрия

теофиллин

ипратропия бромид

амлодипин

При использовании ингаляционных глюкокортикоидов в обычных дозах частым побочным эффектом является

кандидоз ротоглотки

язва желудка

остеопороз

стероидный диабет

Для лечения тяжелого обострения ХОБЛ применяется

преднизолон

динатрия кромогликат

атропин

кетопрофен

Бронхоспазм может спровоцировать

пропранолол

теофиллин

гидрокортизон
сальбутамол

Глюкокортикоиды при обострении ХОБЛ назначаются системно
на курс длительностью 7-10 дней, отменяются одномоментно
для длительного постоянного приема
на курс пульс-терапии длительностью 2-3 дня
на курс длительностью не менее 14 дней

Высокими дозами флутиказона пропионата являются
>500 мкг
>1000 мкг
>2000 мкг
>250 мкг

Один или два препарата для контроля заболевания и препарат неотложной помощи по потребности используется на

3 ступени лечения бронхиальной астмы
4 ступени лечения бронхиальной астмы
1 ступени лечения бронхиальной астмы
2 ступени лечения бронхиальной астмы

В состав «серетида» входят
флутиказон + сальметерол
флутиказон + формотерол
будесонид + сальметерол
будесонид + формотерол

В состав «симбикорта» входят
будесонид + формотерол
флутиказон + формотерол
будесонид + сальметерол
флутиказон + сальметерол

При приступе бронхиальной астмы противопоказан
морфин
сальбутамол
беклометазон
беродуал

К препаратам базисной терапии бронхиальной астмы относят
ингаляционные глюкокортикоиды
муколитики
макролидные антибиотики
симпатомиметики короткого действия

Изменение дозы ингаляционных стероидов при достаточном контроле бронхиальной астмы

должно быть медленным, снижение дозы каждые три месяца
должно быть быстрым, одномоментным
должно быть медленным, снижение дозы каждые полгода
снижение дозы каждую неделю под контролем спирометрии и клиники

В качестве первой линии терапии при обострении бронхиальной астмы у взрослых рекомендуется использовать

ингаляционные коротко действующие бета-2-агонисты

ингаляционные длительно действующие бета-2-агонисты

ипратропия бромид

ингаляционные стероиды

Длительно действующие бета 2-агонисты в качестве монотерапии бронхиальной астмы

не применяются в связи с увеличением смертности

являются первой ступенью лечения

не применяются в связи с низкой эффективностью

не применяются в связи с быстрым развитием привыкания

Препарат, имеющий низкую биодоступность и образующий активные метаболиты

бромгексин

ацетилицистеин

амброксол

карбоцистеин

Оценку эффективности терапии и переносимости пролонгированных форм теофиллина следует проводить через

2-3 дня после приема

2-3 часа после приема

24 часа после приема

14-21 день после приема

Бронхолитические препараты как основные средства в лечении ХОБЛ предпочтительно использовать

ингаляционно

перорально

трансдермально

внутривенно

К М-холинолитическим препаратам, используемым в качестве ингаляционных бронходилататоров, принадлежит

ипратропия бромид

атропин

платифиллин

метацин

К группе селективных М2-холиноблокаторов относят

пирензепин

платифилин

метацин

атропин

В группу системных антацидов входит

натрия гидрокарбонат

кальция карбонат

соли алюминия

соли магния

Больным при язвенной болезни 12-перстной кишки рекомендуется принимать антациды

через 1,5 часа после еды

за 30 минут до еды

сразу после еды

через 30 минут после еды

Антипептической активностью обладает

гидроокись магния

кальция карбонат

алюминия гидроксид

натрия гидрокарбонат

H₂–гистаминоблокаторы первого поколения на эндокринную систему оказывают

антиандрогенное действие

антиэстрогенный эффект

антигонадотропный эффект

торможение выработки вазопрессина

Механизм действия омепразола

блокада протонной помпы

блокада G-гастриновых рецепторов

блокада H₂-гистаминовых рецепторов

блокада M₃-холиновых рецепторов

Лекарственный препарат, обладающий противомикробной активностью

субцитрат висмута

ранитидин

сукральфат

пирензепин

Синдром отмены вызывает

ранитидин

атропин

омепразол

аналог простагландина

Лекарственный препарат, максимально подавляющий секрецию соляной кислоты

омепразол

циметидин

гидрокарбонат натрия

пирензепин

Максимальное количество побочных эффектов среди H₂-блокаторов вызывает

циметидин

роксатидин

низатидин

фамотидин

Бактерицидным действием против *Helicobacter pylori* обладает

субцитрат висмута

ранитидин
алюминия гидроксид
низатидин

К ингибиторам H₂-гистаминовых рецепторов относится

фамотидин
омепразол
алюминия гидроксид
рабепразол

Не оказывает противомикробное действие в отношении *Helicobacter pylori*

гентамицина
амоксцициллина
тинидазола
кларитромицина

Для заместительной терапии при недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы применяется

панкреатин
абомин
омепразол
тироксин

Лекарственный препарат, противопоказанный при псевдомембранозном колите

лоперамид
активированный уголь
смектит диоктаэдрический
метронидазол.

При хроническом гастрите с повышенной секреторной функцией показан

фамотидин
панкреатин
метамизолнатрия
преднизолон

Лечение неспецифического язвенного колита предусматривает назначение

сульфасалазина
антацидов
октреотида
дроперидола

Противорвотным эффектом обладает

домперидон
ранитидин
метронидазол
субцитрат висмута

Медикаментозная терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни предусматривает использование

антисекреторных лекарственных препаратов и прокинетиков
иммуноглобулинов
нестероидных противовоспалительных лекарственных препаратов

антибиотиков широкого спектра действия

Лекарственные препараты, относящиеся к гастропротекторам

препараты висмута

ингибиторы протонного насоса

антациды

фамотидин

К блокаторам H₂-гистаминорецепторов пятого поколения относят

роксатидин

циметидин

омепразол

фамотидин

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ДЛЯ II ЭТАПА ГИА В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.37 КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

1. Опишите алгоритм оказания неотложной помощи при астматическом статусе согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
2. Назовите основные группы лекарственных препаратов для лечения бронхиальной астмы.
3. Показания и противопоказания для назначения ИГКС при бронхиальной астме.
4. Побочные эффекты ИГКС.
5. Побочные эффекты кромонов и антилейкотриеновых препаратов.
6. Назовите показания и противопоказания для назначения ГИБП при бронхиальной астме.
7. Назовите основные фиксированные комбинации для лечения бронхиальной астмы.
8. Перечислите показания для экстренной госпитализации при астматическом статусе.
9. Перечислите показания для назначения глюкокортикостероидов и основные, принципы их назначения и отмены.
10. Перечислите лекарственные препараты, используемые для лечения бронхиальной астмы.
11. Опишите алгоритм неотложной помощи при ОРДС согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
12. План ведения пациента с обострением ХОБЛ.
13. Назовите основные группы лекарственных препаратов для лечения ХОБЛ.
14. Назовите группы лекарственных препаратов, используемые для лечения артериальной гипертензии.
15. Опишите алгоритм неотложной помощи при гипертоническом кризе

- согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
16. Опишите последовательность действий врача и медицинского персонала при оказании помощи пациенту при подозрении на острый инфаркт миокарда.
 17. Назовите лекарственные препараты, используемые для купирования болевого синдрома при остром коронарном синдроме.
 18. Опишите алгоритм неотложной помощи при ОКС с подъемом сегмента ST согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
 19. Опишите алгоритм неотложной помощи при ОКС без подъема сегмента ST согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
 20. Перечислите комплекс мероприятий, необходимых для оказания помощи при остром коронарном синдроме.
 21. Опишите алгоритм неотложной помощи при острой сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок) согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
 22. Назовите основные показания и противопоказания для назначения антикоагулянтов прямого действия.
 23. Назовите основные показания и противопоказания для назначения антикоагулянтов непрямого действия.
 24. Назовите основные побочные эффекты при назначении антикоагулянтов прямого действия.
 25. Назовите основные побочные эффекты при назначении антикоагулянтов непрямого действия.
 26. Опишите способ определения минимальной дозы варфарина при проведении антикоагулянтной терапии при фибрилляции предсердий.
 27. Назовите целевые значения МНО при проведении антикоагулянтной терапии.
 28. Опишите алгоритм неотложной помощи при наджелудочковой тахикардии согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
 29. Опишите алгоритм неотложной помощи при желудочковой тахикардии согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
 30. Опишите алгоритм неотложной помощи при пароксизме фибрилляции предсердий согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
 31. Назовите шкалы для определения риска развития тромбозомболических осложнений и риска развития геморрагических осложнений.
 32. Опишите алгоритм неотложной помощи при АВ – блокаде II и III степени согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
 33. Опишите алгоритм неотложной помощи при внезапной сердечной смерти.
 34. Опишите алгоритм сердечно-легочной реанимации согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.

35. Опишите алгоритм неотложной помощи при анафилактическом шоке согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
36. Опишите лечебную тактику ведения пациента с метаболическим синдромом.
37. Назовите основные группы лекарственных препаратов для лечения сахарного диабета 2 типа.
38. Опишите алгоритм неотложной помощи при диабетической кетоацидотической, гипогликемической коме согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
39. Опишите алгоритм неотложной помощи при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии, лактатацидозе согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
40. Опишите алгоритм неотложной помощи при сепсисе согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
41. Назовите основные побочные эффекты НПВС.
42. Назовите основные принципы антибактериальной терапии.
43. Назовите основные критерии эффективности антибактериальной терапии.
44. Перечислите показания к проведению антибактериальной терапии.
45. Перечислите противопоказания к назначению бета-лактамов антибактериальных препаратов.
46. Основные побочные эффекты бета-лактамов антибактериальных препаратов.
47. Перечислите противопоказания к назначению макролидов.
48. Основные побочные эффекты макролидов.
49. Перечислите противопоказания к назначению фторхинолонов.
50. Основные побочные эффекты фторхинолонов.
51. Перечислите противопоказания к назначению аминогликозидов.
52. Основные побочные эффекты аминогликозидов.
53. Перечислите противопоказания к назначению линкозамидов.
54. Основные побочные эффекты линкозамидов.
55. Опишите план ведения в стационаре больного с нозокомиальной пневмонией.
56. Назовите основные группы антибактериальных препаратов при нозокомиальной пневмонии.
57. Опишите план ведения больного с внебольничной пневмонией.
58. Назовите основные группы антибактериальных препаратов при нозокомиальной пневмонии.
59. Назовите категории безопасности применения антибактериальных препаратов при беременности.
60. Назовите основные антиконвульсанты, используемые как для лечения эпилептической болезни, так и для коррекции биполярного аффективного расстройства.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ III ЭТАПА ГИА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.37 КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

1. Фармакодинамика. Механизмы действия лекарственных средств.
2. Молекулы мишени лекарственных средств (рецепторы, ферменты, ионные каналы).
3. Виды фармакологического ответа: ожидаемый фармакологический ответ, гиперреактивность, тахифилаксия, идиосинкразия. Фармакологический и аллергологический анамнез (понятия, правила сбора, интерпретация).
4. Клиническая фармакокинетика: Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение.
5. Фармакокинетическая кривая.
6. Пути введения лекарственных средств.
7. Всасывание, распределение, связь лекарственных средств с белками плазмы крови. Факторы, влияющие на всасывание и распределение лекарственных средств.
8. Метаболизм лекарственных средств, фазы метаболизма.
9. Система цитохрома Р-450: изоферменты (субстраты, ингибиторы, индукторы), принципы функционирования.
10. Выведение лекарственных средств.
11. Факторы, влияющие на выведение лекарственных средств.
12. Взаимосвязь между фармакокинетикой и фармакодинамикой.
13. Понятие о терапевтическом диапазоне. Терапевтический лекарственный мониторинг (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).
14. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики ЛС у беременных и плода.
15. Категории лекарственных средств по степени риска для плода по ВОЗ.
16. Принципы фармакотерапии беременных.
17. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики ЛС у детей и пациентов пожилого возраста.
18. Особенности фармакотерапии детей и пациентов пожилого возраста.
19. Фармакокинетическое взаимодействие ЛС (на уровнях всасывания, распределения, метаболизма, выведения).
20. Фармакодинамическое взаимодействие лекарственных средств (прямое и косвенное, синергизм и антагонизм).
21. Взаимодействие лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма.
22. Нежелательные реакции при применении лекарственных средств.
23. Классификация ВОЗ: реакции А, В, С, D, Е.
24. Понятие фармакотерапии. Виды фармакотерапии (этиотропная, патогенетическая, симптоматическая, профилактическая).

25. Основные принципы рациональной фармакотерапии.
26. Основные принципы рациональной антибиотикотерапии.
27. Принципы выбора антимикробной терапии (эмпирический и этиотропный), определение режима дозирования в зависимости от локализации инфекции и тяжести состояния.
28. Основные механизмы формирования антибиотикорезистентности.
29. Классификации антимикробных препаратов по механизму, типу и спектру действия, способу получения.
30. Клиническая фармакология пенициллинов: классификация, механизм действия.
31. Клиническая фармакология пенициллинов: спектр активности, показания к применению.
32. Клиническая фармакология цефалоспоринов: классификация, механизм действия.
33. Клиническая фармакология цефалоспоринов: спектр активности, показания к применению.
34. Клиническая фармакология цефалоспоринов: побочные эффекты.
35. Клиническая фармакология аминогликозидов: классификация, механизм действия, спектр активности, показания к применению.
36. Клиническая фармакология макролидов: классификация, механизм действия.
37. Клиническая фармакология макролидов: спектр активности, показания к применению.
38. Клиническая фармакология фторхинолонов: классификация, механизм действия.
39. Клиническая фармакология фторхинолонов: спектр активности, показания к применению.
40. Основные противопоказания для назначения фторхинолонов.
41. Клиническая фармакология гликопептидов: классификация, механизм действия, спектр активности, показания к применению.
42. Клиническая фармакология противогрибковых препаратов: классификация, механизм действия.
43. Клиническая фармакология противогрибковых препаратов: спектр активности, показания к применению.
44. Клиническая фармакология противогрибковых препаратов: побочные эффекты.
45. Клиническая фармакология противогриппозных препаратов: классификация, механизм действия, показания к применению.
46. Клиническая фармакология противовирусных препаратов: классификация, механизм действия, показания к применению.
47. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов: классификация, механизм действия, показания к применению.
48. Клиническая фармакология антиагрегантов: классификация.
49. Клиническая фармакология антиагрегантов: механизм действия.

50. Клиническая фармакология антиагрегантов: показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
51. Клиническая фармакология антикоагулянтов: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
52. Клиническая фармакология ПОАК: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
53. Клиническая фармакология непрямых антикоагулянтов: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
54. Клиническая фармакология бронхолитиков и ИГКС: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
55. Клиническая фармакология диуретиков: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
56. Клиническая фармакология глюкокортикостероидов: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
57. Клиническая фармакология НПВС: классификация.
58. Клиническая фармакология НПВС: механизм действия, показания и противопоказания к применению.
59. Основные побочные эффекты селективных НПВС.
60. Основные побочные эффекты неселективных НПВС.
61. Клиническая фармакология H₂-гистаминоблокаторов: классификация, механизм действия, показания к применению.
62. Клиническая фармакология ИПП: классификация, механизм действия, показания к применению.
63. Клиническая фармакология ингибиторов АПФ и антагонистов ангиотензиновых рецепторов: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
64. Клиническая фармакология бета-адреноблокаторов, блокаторов медленных кальциевых каналов: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
65. Клиническая фармакология гиполипидемических средств: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
66. Клиническая фармакология антиаритмических средств: классификация.
67. Клиническая фармакология антиаритмических средств: механизм действия.

68. Клиническая фармакология антиаритмических средств: показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
69. Клиническая фармакология кардиотонических средств: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
70. Клиническая фармакология пероральных сахароснижающих препаратов: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
71. Клиническая фармакология инсулинов: классификация, механизм действия, показания и противопоказания к применению, нежелательные лекарственные реакции.
72. Алгоритм оказания неотложной помощи при ишемическом инсульте согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
73. Алгоритм оказания неотложной помощи при геморрагическом инсульте согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
74. Алгоритм оказания неотложной помощи при тромбоэмболии легочной артерии согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
75. Алгоритм оказания неотложной помощи при астматическом статусе согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
76. Алгоритм оказания неотложной помощи при ОРДС согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
77. Алгоритм оказания неотложной помощи при гипертоническом кризе согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
78. Алгоритм оказания неотложной помощи при ОКС с подъемом сегмента ST согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
79. Алгоритм оказания неотложной помощи при ОКС без подъема сегмента ST согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
80. Алгоритм оказания неотложной помощи при острой сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок) согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
81. Алгоритм оказания неотложной помощи при наджелудочковой тахикардии согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
82. Алгоритм оказания неотложной помощи при желудочковой тахикардии согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
83. 50. Алгоритм оказания неотложной помощи при пароксизме фибрилляции предсердий согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
84. Алгоритм оказания неотложной помощи при АВ – блокаде II и III степени согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
85. Алгоритм оказания неотложной помощи при внезапной сердечной смерти. Алгоритм сердечно-легочной реанимации согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.

86. Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
87. Алгоритм оказания неотложной помощи при диабетической кетоацидотической, гипогликемической коме согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
88. Алгоритм оказания неотложной помощи при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии, лактатацидозе согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
89. Алгоритм оказания неотложной помощи при сепсисе согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания помощи.
90. Тактика назначения антибактериальных препаратов при нозокомиальной пневмонии.

ТИПОВЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ, ВЫНОСИМЫЕ НА III ЭТАП ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.37 КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Вы назначаете теофиллин 28-летнему человеку с массой тела 50 кг, страдающему бронхиальной астмой. Нужно, чтобы концентрация препарата в плазме составила 15 мг/л.

1. Определите нагрузочную дозу.
 2. Определите поддерживающую дозу.
- Примите, что $V_d = 0,5$ л/кг, а $Cl = 0,04$ л/ч/кг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

У курильщиков метаболизм теофиллина индуцирован почти на 100%. У некурящих людей средняя поддерживающая доза, необходимая для достижения концентрации $C_p = 10$ мг/л, составляет 500 мг теофиллина/сут.

1. Какой должна быть поддерживающая доза теофиллина для курильщика, если нужно достичь концентрации $C_p = 15$ мг/л?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Студент-медик V курса с массой тела 70 кг выпивает восемь 100 –мл стаканов вина за час. Сколько времени должно пройти от начала приёма алкоголя до того момента, когда студенту будет «безопасно» садиться за руль автомобиля?

Примите, что C_p алкоголя понижается со скоростью 15 мг в 100 мл за ч. В 100 мл вина содержится 12, 5 г спирта. Предельный уровень алкоголя для вождения автомобиля 80 мг/100мл.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Какой должна быть поддерживающая доза дигоксина для 70-летнего мужчины с массой тела 70 кг с уровнем сывороточного креатинина 0,13 ммоль/л для поддержания концентрации дигоксина 1 мкг/л?

Примите, что весь дигоксин выводится через почки. В норме $CrCl = 1,5$ мл/с. Доза при нормальной работе почек составляет 0,25 мг/сут.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Какая доза хинаприла нужна 80-летней женщине с массой тела 60 кг при концентрации сывороточного креатинина 0,10 ммоль/л?

Примите, что f_u хинаприлата (активный метаболит хинаприла) = 0,8. Обычная хинаприла доза при нормальной работе почек 20 мг/сут.

Выпускаются таблетки по 5, 10 и 20 мг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Какой должна быть поддерживающая доза лекарства для ребёнка массой тела 15 кг, если аналогичная доза для взрослого с массой тела 70 кг составляет 100 мг/сут?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Женщина с массой тела 67 кг, принимающая 100 мг/сут препарата X, кормит грудью ребёнка массой тела 6,7 кг. Для матери $C_{pss} = 1$ мг/л.

1. Определите, какую дозу препарата получает ребёнок?
2. Совместимо ли это лечение с кормлением грудью?
3. Примите, что для препарата X $M/P = 1$. Ребёнок ежедневно потребляет молока 150 мл/кг

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Больной С., 75 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 20 лет. Приступы удушья чаще возникают при переходе из тёплого помещения на улицу и наоборот, обычно купируется приёмом аминофиллина (эуфиллина) по 150 мг перорально, и ещё лучше и быстрее – ингаляциями орципреналина (астмопента) по 2 ингаляции с интервалом в несколько минут, после ингаляции периодически возникало сердцебиение. В настоящее время приступы возникают 4-5 раз в неделю, иногда просыпается ночью от ощущения нехватки воздуха. 6 месяцев назад перенёс инфаркт миокарда. Сейчас приступы стенокардии появляются при быстрой ходьбе, быстро купируются после прекращения нагрузки или приёма нитроглицерина сублингвально. АД – 170/90 мм рт. ст., ЧСС – 86/мин, пульс ритмичный. Периферических отёков нет. ОФВ1 = 64 % от должного, прирост ОФВ1 после пробы с фенотеролом (беротеком) – на 16 %.

1. Определите патогенетический вариант и степень контроля бронхиальной астмы.
2. Определите необходимость назначения базисной противовоспалительной терапии бронхиальной астмы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Больной С., 75 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 20 лет. Приступы удушья чаще возникают при переходе из тёплого помещения на улицу и наоборот, обычно купируется приёмом аминофиллина (эуфиллина) по 150 мг перорально, и ещё лучше и быстрее – ингаляциями орципреналина (астмопента) по 2 ингаляции с интервалом в несколько минут, после ингаляции периодически возникало сердцебиение. В настоящее время приступы возникают 4-5 раз в неделю, иногда просыпается ночью от ощущения нехватки воздуха. 6 месяцев назад перенёс инфаркт миокарда. Сейчас приступы стенокардии появляются при быстрой ходьбе, быстро купируются после прекращения нагрузки или приёма нитроглицерина сублингвально. АД – 170/90 мм рт. ст., ЧСС – 86/мин, пульс ритмичный. Периферических отёков нет. ОФВ1 = 64 % от должного, прирост ОФВ1 после пробы с фенотеролом (беротеком) – на 16 %.

1. Если Вы считаете, что назначение базисной противовоспалительной терапии бронхиальной астмы обосновано, то выберите наиболее предпочтительный(ые) препарат(ы) и путь введения:

1. Преднизолон перорально

2. Кромогликат натрия (интал) ингаляционно
3. Дексаметазон внутривенно коротким курсом
4. Монтелукаст (сингуляр) перорально
6. Беклометазон (беклоджет) ингаляционно
5. Кетотифен (задитен) перорально

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

Больная К., 47 лет, в течение 25 лет страдает atopической бронхиальной астмой. В связи с тяжёлым течением заболевания и недостаточностью эффекта флутиказона (фликсотид), последние 6 лет постоянно принимает перорально триамсинолон (24 мг/сут: 16 мг в 8 утра, 8 мг – в 13 часов), постоянно применяет сальметерол (серевент) по 1 дозе (25 мкг) 2 раза в сутки, изредка пользуется дозированными аэрозолями сальбутамола по требованию. В последние полгода у больной появились боли в области спины, усиливающиеся при движениях. Объективно: рост – 160 см, масса тела – 87 кг, гирсутизм, симптомокомплекс Иценко-Кушинга, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88/мин; при лабораторном исследовании: биохимический анализ крови: глюкоза – 7,8 ммоль/л, холестерин – 6,7 ммоль/л, ионизированный кальций – 1,06 ммоль/л.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для данного пациента
2. Какие нежелательные побочные реакции наблюдаются у данной больной и с применением какого препарата они связаны?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

Больная К., 47 лет, в течение 25 лет страдает atopической бронхиальной астмой. В связи с тяжёлым течением заболевания и недостаточностью эффекта флутиказона (фликсотид), последние 6 лет постоянно принимает перорально триамсинолон (24 мг/сут: 16 мг в 8 утра, 8 мг – в 13 часов), постоянно применяет сальметерол (серевент) по 1 дозе (25 мкг) 2 раза в сутки, изредка пользуется дозированными аэрозолями сальбутамола по требованию. В последние полгода у больной появились боли в области спины, усиливающиеся при движениях. Объективно: рост – 160 см, масса тела – 87 кг, гирсутизм, симптомокомплекс Иценко-Кушинга, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88/мин; при лабораторном исследовании: биохимический анализ крови: глюкоза – 7,8 ммоль/л, холестерин – 6,7 ммоль/л, ионизированный кальций – 1,06 ммоль/л.

Как можно уменьшить проявления нежелательных побочных реакций препарата?

1. Отменить сальметерол, назначить ипратропия бромид (атровент)
2. Полностью прекратить применение сальбутамола, при приступах принимать аминофиллин (эуфиллин)
3. Изменить режим дозирования триамсинолона: по 8 мг в 8, 13 и 18 часов
4. Отменить триамсинолон, назначить дексаметазон
5. Попыаться снизить суточную дозу триамсинолона на фоне ингаляционных ГКС
6. Назначить препараты кальция, кальцитонин

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Больной И., 58 лет, поступил с жалобами на выраженную одышку экспираторного характера, периодические приступы удушья, кашель с мокротой сероватого цвета (преимущественно по утрам). Одышка беспокоит в течение 6 лет, интенсивность её постепенно нарастала. Ухудшение состояния – в течение недели, после перенесённого ОРВИ. Удушье купирует приёмом аминофиллина (эуфиллина) по 150 мг перорально, к врачам не обращался. Часто болеет простудными заболеваниями. Курит с 16-летнего возраста, сейчас – по 2 пачки сигарет в день; алкоголь употребляет умеренно.

Гиперстеник, грудная клетка бочкообразная, цианоз. ЧДД – 26/мин; при перкуссии лёгких – коробочный звук; дыхание жёсткое, рассеянные сухие хрипы. ЧСС – 80/мин; АД – 160/100 мм рт. ст; отеки голеней. ОФВ₁ = 45% от должного; при-рост ОФВ₁ после ингаляции фенотерола (беротека) – 4%; ОФВ₁/ФЖЕЛ = 0,5.

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?
2. Составьте представление о больном, определите тяжесть заболевания.
3. Какие препараты необходимо назначить для купирования обострения (указать дозы, пути введения и длительность назначения)?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Больной И., 58 лет, поступил с жалобами на выраженную одышку экспираторного характера, периодические приступы удушья, кашель с мокротой сероватого цвета (преимущественно по утрам). Одышка беспокоит в течение 6 лет, интенсивность её постепенно нарастала. Ухудшение состояния – в течение недели, после перенесённого ОРВИ. Удушье купирует приёмом аминофиллина (эуфиллина) по 150 мг перорально, к врачам не обращался. Часто болеет про-студными заболеваниями. Курит с 16-летнего возраста, сейчас – по 2 пачки сигарет в день; алкоголь употребляет умеренно. Гиперстеник, грудная клетка бочкообразная, цианоз. ЧДД – 26/мин; при перкуссии лёгких – коробочный звук; дыхание жёсткое, рассеянные сухие хрипы. ЧСС – 80/мин; АД – 160/100 мм рт. ст; отеки голеней. ОФВ₁ = 45% от должного; при-рост ОФВ₁ после ингаляции фенотерола (беротека) – 4%; ОФВ₁/ФЖЕЛ = 0,5.

1. Необходимо ли продолжение лечения после купирования обострения?
2. Если да – то выберите необходимые и наиболее предпочтительные препараты и/или мероприятия:
 1. Теофиллин пролонгированный (теопек) перорально регулярно
 2. Сальбутамол ингаляционно по требованию
 3. Окситропия бромид (оксивент) ингаляционно регулярно
 4. Аминофиллин (эуфиллин) перорально по требованию
 5. Дексаметазон перорально курсами
 6. Преднизолон перорально постоянно
 7. Беклометазон ингаляционно регулярно
 8. Пролонгированная оксигенотерапия

Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

Больная, 33 лет, страдает преимущественно аллергической (атопической) формой бронхиальной астмы в течение 7 лет. В детстве страдала диатезом на цитрусовые и шоколад, с 16-летнего возраста – поливалентная пищевая аллергия и крапивница. Обострения астмы обычно возникают поздней весной и летом, в период цветения растений или после погрешности в диете, и часто сопровождаются крапивницей. Приступы удушья купирует ингаляциями сальбутамола по 1-2 дозы. В осенне-летний период с целью профилактики приступов применяет кромогликат натрия (интал) по 2 ингаляции 3-4 раза в сутки, что недостаточно снижает частоту приступов бронхоспазма. Для лечения крапивницы обычно принимает хлоропирамин (супрастин) по 25 мг (1 таб.) 3 раза в день, с хорошим клиническим эффектом, однако отмечает при этом слабость и сонливость. В настоящее время наблюдается ухудшение самочувствия: приступы удушья возникают 3-4 раза в неделю. На коже – уртикарная сыпь. ОФВ₁ = 82% от должного, проба с фенотеролом (беротеком) положительна. В крови – эозинофилия (12%). Сейчас пользуется только сальбутамолом. Обратилась в поликлинику с целью подбора терапии.

1. Определите степень контроля бронхиальной астмы.

2. Определите необходимость назначения препаратов для базисной противовоспалительной терапии; обоснуйте Ваш ответ.
3. Если она необходима, то назовите наиболее предпочтительный(ые) препарат(ы) препаратов и обоснуйте Ваш выбор:
 - a) Преднизолон в/в коротким курсом с последующим переходом на пероральный приём
 - b) Фенспирид (эреспал)
 - c) Ибупрофен (нурофен)
 - d) Зафирлукаст (аколат)
 - e) Клемастин (тавегил) в/в с последующим переходом на пероральный приём
 - f) Флутиказон (фликсотид)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

Больная, 33 лет, страдает преимущественно аллергической (атопической) формой бронхиальной астмы в течение 7 лет. В детстве страдала диатезом на цитрусовые и шоколад, с 16-летнего возраста – поливалентная пищевая аллергия и крапивница. Обострения астмы обычно возникают поздней весной и летом, в период цветения растений или после погрешности в диете, и часто сопровождаются крапивницей. Приступы удушья купирует ингаляциями сальбутамола по 1-2 дозы. В осенне-летний период с целью профилактики приступов применяет кромогликат натрия (интал) по 2 ингаляции 3-4 раза в сутки, что недостаточно снижает частоту приступов бронхоспазма. Для лечения крапивницы обычно принимает хлоропирамин (супрастин) по 25 мг (1 таб.) 3 раза в день, с хорошим клиническим эффектом, однако отмечает при этом слабость и сонливость. В настоящее время наблюдается ухудшение самочувствия: приступы удушья возникают 3-4 раза в неделю. На коже – уртикарная сыпь. $ОФВ_1 = 82\%$ от должного, проба с фенотеролом (беротеком) положительна. В крови – эозинофилия (12%). Сейчас пользуется только сальбутамолом. Обратилась в поликлинику с целью подбора терапии.

1. Выберите оптимальную(ые) группу(ы) бронхорасширяющих препаратов, обоснуйте Ваш выбор, определите режим применения.
 - a) Метилксантины короткого действия
 - b) Метилксантины пролонгированные
 - c) β_2 -агонисты короткого действия
 - d) β_2 -агонисты пролонгированные
 - e) М-холинолитики
2. Необходима ли замена антигистаминного препарата, если «да», то выберите препарат. Ответ обоснуйте
 - a) диметинден (фенистил)
 - b) дифенгидрамин (димедрол)
 - c) лоратадин (klaritin)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16

Больная Д., 20 лет, доставлена машиной скорой помощи. Дома после приёма ацетилсалициловой кислоты по поводу повышенной температуры тела (болеет ОРВИ) возник приступ удушья, купирован в машине введением аминофиллина (эуфиллина) в/в. Ранее ацетилсалициловую кислоту не принимала, обычно при гипертермии принимает парацетамол, но на этот раз его не оказалось. В анамнезе – детские инфекции. При расспросе выяснено также, что пациентка страдает вазомоторным ринитом. ЧДД – 20/мин, жёсткое дыхание, рассеянные сухие хрипы. ЧСС – 86/мин, АД – 130/80 мм рт. ст.. Тоны сердца ясные, шумов нет. При ЛОР-обследовании – острый катаральный ринофарингит,

полипоз носа. $ОФВ_1 = 78\%$ от должного, проба с фенотеролом (беротеком) положительна. В остальном по органам и системам – без особенностей.

1. Каково Ваше представление о больной?
2. Необходимо ли назначение пациентке противовоспалительных препаратов? Если да – то какая группа будет наиболее предпочтительной. Обоснуйте Ваш ответ.
3. Если подобный приступ повторится, то какой препарат и какой путь введения будет наиболее показан для его купирования?
4. Какие меры необходимо принимать для профилактики приступов?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17

Больной В., 49 лет, поступил в пульмонологическое отделение с частыми приступами удушья и экспираторной одышкой. Страдает бронхиальной астмой в течение 12 лет. Приступы удушья стали беспокоить после перенесённой ОРВИ, осложнившейся пневмонией. Обычно обострения возникают в осеннее-весенний период, чаще – после простудных заболеваний. Три года назад, при выраженном обострении БА, принимал преднизолон в течение месяца (30 мг/сут, с постепенным снижением дозы и последующей отменой). Постоянно противовоспалительных препаратов не получает. В последние 2 недели, после заболевания гриппом, наблюдается ухудшение состояния, увеличивалась потребность в бронхолитиках: до 8-10 доз/сут сальбутамола в последние 2 дня, вместо обычных 2-4 доз; выросла одышка, кашель стал малопродуктивным. Температура тела нормальная. Акроцианоз, ЧДД – 28/мин. В клиническом анализе крови: лейкоциты – $8 \times 10^9/\text{л}$ (п/яд. – 3%, с/яд. – 57%, моноциты – 2%, лимфоциты – 28%, эозинофилы – 8%, базофилы – 2%), СОЭ – 12 мм/ч. При рентгенологическом исследовании в легких – без очаговых и инфильтративных изменений. $ОФВ_1$ – 47%; при фармакологической пробе с фенотеролом (беротеком) - увеличение $ОФВ_1$ на 16%.

1. Определите патогенетический вариант и степень контроля бронхиальной астмы.
2. Ваша тактика по купированию обострения заболевания:
 - a) Фенотерол (беротек) в/в капельно
 - b) Аминофиллин (эуфиллин) в/в капельно
 - c) Беклометазон ингаляционно
 - d) Ипратропия бромид (атровент) ингаляционно
 - e) Клемастин (тавегил) в/в
 - f) Кромогликат натрия (интал) ингаляционно
 - g) Дексаметазон в/в капельно
 - h) Преднизолон перорально
 - i) Инфузионная терапия полиионными растворами
3. Выберите режим дозирования выбранных препаратов и определите приблизительную длительность их назначения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18

Больной В., 49 лет, поступил в пульмонологическое отделение с частыми приступами удушья и экспираторной одышкой. Страдает бронхиальной астмой в течение 12 лет. Приступы удушья стали беспокоить после перенесённой ОРВИ, осложнившейся пневмонией. Обычно обострения возникают в осеннее-весенний период, чаще – после простудных заболеваний. Три года назад, при выраженном обострении БА, принимал преднизолон в течение месяца (30 мг/сут, с постепенным снижением дозы и последующей отменой). Постоянно противовоспалительных препаратов не получает. В последние 2 недели, после заболевания гриппом, наблюдается ухудшение состояния, увеличивалась потребность в бронхолитиках: до 8-10 доз/сут сальбутамола в последние 2 дня, вместо обычных 2-4 доз; выросла одышка, кашель стал малопродуктивным. Температура тела

нормальная. Акроцианоз, ЧДД – 28/мин. В клиническом анализе крови: лейкоциты – $8 \times 10^9/\text{л}$ (п/яд. – 3%, с/яд. – 57%, моноциты – 2%, лимфоциты – 28%, эозинофилы – 8%, базофилы – 2%), СОЭ – 12 мм/ч. При рентгенологическом исследовании в легких – без очаговых и инфильтративных изменений. ОФВ₁ – 47%; при фармакологической пробе с фенотеролом (беротеком) - увеличение ОФВ₁ на 16%.

1. Определите необходимость назначения препаратов для базисной противовоспалительной терапии. Если она необходима, то назовите наиболее предпочтительную(ые) группу(ы) препаратов и обоснуйте Ваш выбор.
 2. Выберите бронхорасширяющий(ие) перепарат(ы) для амбулаторного применения:
 - a. Ипратропия бромид (атровент) ингаляционно регулярно
 - b. Сальбутамол ингаляционно при приступах
 - c. Фенотерол (беротек) ингаляционно регулярно
 - d. Аминофиллин (эуфиллин) перорально при приступах
 - e. Теофиллин пролонгированный (теопек) перорально регулярно
 - f. Формотерол (форадил) ингаляционно регулярно
- Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19

Пациентка Д., 22 года, предъявляет жалобы на повышенную температуру тела (до 39,5°C), кашель с отхождением гнойной мокроты, боль в грудной клетке при дыхании, резкую слабость, потливость, ломоту в икроножных мышцах. Данные жалобы появились после переохлаждения, 7 дней назад, состояние прогрессивно ухудшалось. К врачам не обращалась, в домашних условиях лечилась жаропонижающими и отхаркивающими средствами без значительного эффекта. В связи с ухудшением самочувствия и нарастанием симптомов была госпитализирована на пульмонологическое отделение. При обследовании: ОАК– лейкоциты – $13,2 \times 10^9/\text{л}$, сегментоядерные нейтрофилы – 78%, палочкоядерные – 14%; эритроциты $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 124 г/л, СОЭ – 24 мм/ч; при рентгенологическом исследовании легких – корни легких не расширены, инфильтрация нижней доли правого легкого, синусы свободны

Из анамнеза известно, что у пациентки в анамнезе – аллергическая реакция на ампициллин в виде крапивницы.

Установлен диагноз: внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония.

1. Предположите возможного (возможных) возбудителя (ей) данного заболевания
2. Назначьте эмпирическую антибактериальную терапию на основании данных о возможных возбудителях и данных анамнеза; обоснуйте свой выбор.
3. Какие исследования необходимо сделать до назначения антибактериальных препаратов; какие исследования необходимо провести для оценки эффективности и безопасности назначенной антибактериальной терапии, и в какие сроки.
4. По какому(им) критерию(ям) Вы будете оценивать эффективность проводимой терапии?
5. При эффективности назначенной схемы лечения укажите критерии достаточности антибактериальной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20

Пациентка А., 77 лет, поступила на хирургическое отделение с явлениями острой кишечной непроходимостью. При экстренной операции была обнаружена опухоль левой половины сигмовидной кишки, обтурирующая просвет; перфорации кишки выявлено не было. Произведена левосторонняя гемиколэктомия. Перед операцией был введен цефуроксим 1,5 г в/в за 30 минут до операции. В послеоперационном периоде, в ОРИТ, получала в/в ципрофлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки + метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки. В связи с дыхательной недостаточностью продолжала находиться на ИВЛ. На 2-е

сутки после операции температура тела – в пределах 36,8-37,2 °С; лейкоциты – $10 \times 10^9/\text{л}$, сегментоядерные нейтрофилы – 75%, палочкоядерные – 5%. На 8-е сутки послеоперационного периода (на продолжающейся ИВЛ) отмечено повышение температуры до 38,2-39°С; нарастание уровня лейкоцитов до $17,2 \times 10^9/\text{л}$ (сегментоядерные нейтрофилы – 83%, палочкоядерные – 14%). При санации трахеобронхиального дерева получено умеренное количество слизисто-гнойной мокроты. На рентгенограмме грудной клетки – инфильтрация легочной ткани в средних отделах правого легкого. Диагностирована поздняя вентилятор-ассоциированная нозокомиальная пневмония.

1. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
2. Укажите возможных возбудителей данного заболевания.
3. Выберите антибактериальный(е) препарат(ы) для лечения данной патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21

Больная Н., 18 лет предъявляет жалобы на поздние (через 1-2 часа после еды) боли в эпигастриальной области. Нередко болевой синдром усиливается в ночное время, может быть обусловлен погрешностями в диете или нерегулярным приемом пищи. На протяжении длительного времени возникновению болевого синдрома предшествуют изжога, отрыжка кислым, вздутие живота. Прием антацидных препаратов оказывает временный и нестойкий эффект. С помощью, эзофагогастродуоденоскопии выявлены морфологические признаки эзофагита и гастрита: гиперемия слизистой кардиального отдела пищевода и желудка, единичные рубцы на слизистой в области большой кривизны желудка. При проведении рН-метрии выявлена повышенная кислотность желудочного сока; уреазным тестом и микроскопией биоптата слизистой Н. pylori не обнаружено.

1. Сформулируйте диагноз и составьте план медикаментозной терапии.
2. Привести критерии эффективности фармакотерапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

Больному 35 лет, страдающему хроническим обструктивным бронхитом и продолжающему курить, назначен атровент, который не вызвал клинического улучшения.

1. Ваша тактика терапевтических мероприятий в этом клиническом случае:
А. Рекомендовать бросить курить и дополнительно назначить теофиллин пролонгированного действия
Б. Рекомендовать бросить курить и дополнительно назначить бета-агонист. В. Рекомендовать бросить курить и дополнительно назначить ИГКС.
2. Прогнозировать возможные побочные эффекты ЛС.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 23

Больная С., 49 лет. Обратилась к врачу поликлиники в связи с резким повышением АД до 190/110 мм. рт. ст., в сочетании с головной болью, потливостью, сердцебиением, приступом внезапной тревоги, ощущением внутренней дрожи, возбуждением. Данный приступ возник после занятий спортом. В анамнезе страдает артериальной гипертензией в течение ряда лет, периодически отмечает эпизоды повышения АД до 210-240/110-130 мм. рт. ст., сопровождающиеся тошнотой, сердцебиением, головокружением, с обильным потоотделением, которые продолжаются несколько минут и проходят часто самостоятельно с падением АД до 140/80-100/60 мм рт.ст. Регулярно антигипертензивные препараты не принимает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена.

При осмотре: кожа бледная, влажная, чистая. Легкие: перкуторно звук легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Сердце: границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,2 см., тоны ясные, ритмичные. ЧСС 64 в 1 мин. АД 190/110

мм рт.ст. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

ЭКГ – ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка с его перегрузкой.

ЭхоКГ: ЛП - 4,2 см (до 3,6). КДР ЛЖ - 5,3 см (до 5,5 см); КСР ЛЖ - 3,5 см (до 3,7 см). ФВ ЛЖ 58%. Зон гипо- и акинеза нет. ИММЛЖ 128 г/м². Нарушение ДФЛЖ по 1 типу. Легочной гипертензии нет. МР 1 ст. ТР 1 ст.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Составить план обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 24

Ситуационная задача: 67-летний пациент наблюдается в поликлинике по поводу хронической сердечной недостаточности III функционального класса (по NYHA), развившейся вследствие дилатационной кардиомиопатии, постоянной формой фибрилляции предсердий, нормосистолический вариант. В анамнезе - тромбоэмболия левой лучевой артерии, желудочно-кишечное кровотечение как осложнение язвенной болезни желудка. По назначению участкового терапевта больной получает эналаприл 20 мг/сутки, фуросемид 40 мг/сутки, спиронолактон 25 мг/сут.

Инструкция: выберите один правильный ответ:

В качестве препарата для профилактики кардиоэмболического инсульта необходимо выбрать:

- А. ацетилсалициловую кислоту в дозе 100 мг в сутки;
- Б. ацетилсалициловую кислоту в дозе 325 мг в сутки;
- В. клопидогрел;
- Г. тикагрелол;
- Д. варфарин.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 25

Какая доза хинаприла нужна 80-летней женщине с массой тела 60 кг при концентрации сывороточного креатинина 0,10 ммоль/л?

Примите, что f_u хинаприлата (активный метаболит хинаприла) = 0,8. Обычная хинаприла доза при нормальной работе почек 20 мг/сут.

Выпускаются таблетки по 5, 10 и 20 мг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 62

Какой должна быть поддерживающая доза лекарства для ребёнка массой тела 15 кг, если аналогичная доза для взрослого с массой тела 70 кг составляет 100 мг/сут?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 27

Женщина с массой тела 67 кг, принимающая 100 мг/сут препарата X, кормит грудью ребёнка массой тела 6,7 кг. Для матери $C_{pss} = 1$ мг/л.

4. Определите, какую дозу препарата получает ребёнок?
5. Совместимо ли это лечение с кормлением грудью?
6. Примите, что для препарата X $M/P = 1$. Ребёнок ежедневно потребляет молока 150 мл/кг

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 28

Больной А., 46 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 12 лет. Приступы удушья стали беспокоить после перенесённой ОРВИ, осложнившейся пневмонией. Обычно обострения возникают в осеннее-весенний период, чаще – после простудных заболеваний.

Три года назад, при выраженном обострении БА, принимал преднизолон в течение месяца (30 мг/сут, с постепенным снижением дозы и последующей отменой). Постоянно противовоспалительных препаратов не получает. В последние 2 недели, после заболевания гриппом, наблюдается ухудшение состояния, увеличивалась потребность в бронхолитиках: до 8-10 доз/сут сальбутамола в последние 2 дня, вместо обычных 2-4 доз; выросла одышка, кашель стал малопродуктивным. Температура тела нормальная. Акроцианоз, ЧДД – 28/мин. В клиническом анализе крови: лейкоциты – $8 \times 10^9/\text{л}$ (п/яд. – 3%, с/яд. – 57%, моноциты – 2%, лимфоциты – 28%, эозинофилы – 8%, базофилы – 2%), СОЭ – 12 мм/ч. При рентгенологическом исследовании в легких – без очаговых и инфильтративных изменений. ОФВ₁ – 47%; при фармакологической пробе с фенотеролом (беротеком) - увеличение ОФВ₁ на 16%.

1. Определите необходимость назначения препаратов для базисной противовоспалительной терапии. Если она необходима, то назовите наиболее предпочтительную(ые) группу(ы) препаратов и обоснуйте Ваш выбор.
2. Выберите бронхорасширяющий(ие) препарат(ы) для амбулаторного применения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 29

Пациент С., 24 года, предъявляет жалобы на повышенную температуру тела (до 39,5°C), кашель с отхождением гнойной мокроты, боль в грудной клетке при дыхании, резкую слабость, потливость, ломоту в икроножных мышцах. Белеет 7 дней назад, состояние прогрессивно ухудшалось. К врачам не обращалась, в домашних условиях лечилась жаропонижающими и отхаркивающими средствами без значительного эффекта. В связи с ухудшением самочувствия и нарастанием симптомов была госпитализирована на пульмонологическое отделение. При обследовании: ОАК– лейкоциты – $13,2 \times 10^9/\text{л}$, сегментоядерные нейтрофилы – 78%, палочкоядерные – 14%; эритроциты $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 124 г/л, СОЭ – 24 мм/ч; при рентгенологическом исследовании легких – корни легких не расширены, инфильтрация нижней доли правого легкого, синусы свободны

Из анамнеза известно, что у пациентки в анамнезе – аллергическая реакция на ампициллин в виде крапивницы.

1. Назначьте эмпирическую антибактериальную терапию на основании данных о возможных возбудителях и данных анамнеза; обоснуйте свой выбор.
2. безопасности назначенной антибактериальной терапии, и в какие сроки.
3. По какому(им) критерию(ям) Вы будете оценивать эффективность проводимой терапии?
4. При эффективности назначенной схемы лечения укажите критерии достаточности антибактериальной терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 30

Пациентка А., 56 лет, поступила в хирургическое отделение с явлениями острой кишечной непроходимостью. Произведена левосторонняя гемиколэктомия. Перед операцией был введен цефуроксим 1,5 г в/в за 30 минут до операции. В послеоперационном периоде, в ОРИТ, получала в/в ципрофлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки + метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки. В связи с дыхательной недостаточностью продолжала находиться на ИВЛ. На 2-е сутки после операции температура тела – в пределах 36,8-37,2 °C; лейкоциты – $10 \times 10^9/\text{л}$, сегментоядерные нейтрофилы – 75%, палочкоядерные – 5%. На 8-е сутки послеоперационного периода (на продолжающейся ИВЛ) отмечено повышение температуры до 38,2-39°C; нарастание уровня лейкоцитов до $17,2 \times 10^9/\text{л}$ (сегментоядерные нейтрофилы – 83%, палочкоядерные – 14%).

На рентгенограмме грудной клетки – инфильтрация легочной ткани в средних отделах правого легкого.

1. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
2. Укажите возможных возбудителей данного заболевания.
3. Выберите антибактериальный(е) препарат(ы) для лечения данной патологии.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Барканова Ольга Николаевна

06.10.25 12:34 (MSK)

Сертификат 068A099000C3B27AAE44A95C53BA2B95BA